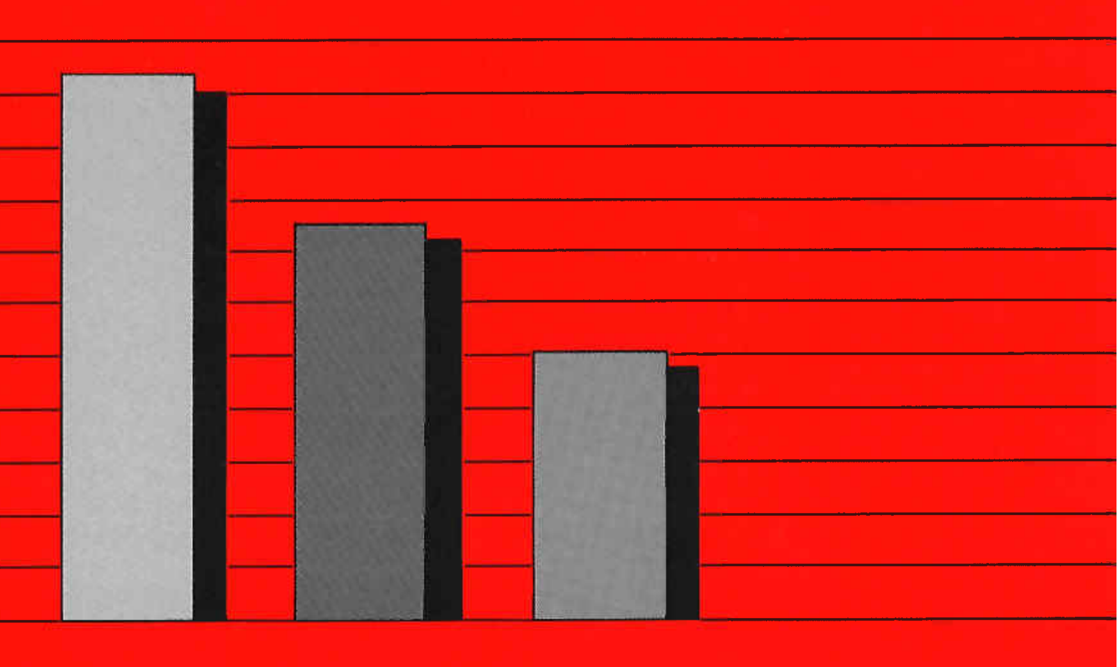


Rwanda



Enquête Demographique et de Santé Rwanda 1992

RAPPORT DE SYNTHESE

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE RWANDA 1992

RAPPORT DE SYNTHESE


MACRO INTERNATIONAL/J. Schoemaker

Office National de la Population
BP 914
Kigali, Rwanda

Février 1994

Rapport préparé par:

B. Barrère, J. Schoemaker, M. Barrère,
T. Habiyakare, A. Kabagwira et M. Ngendakumana

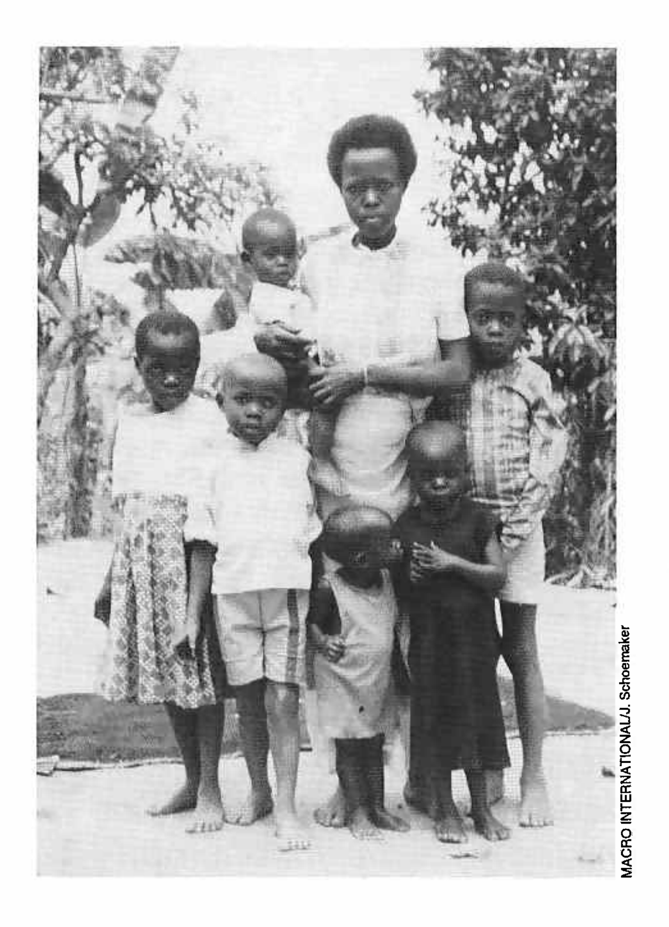
Production:

A. Kovensky, K. Mitchell, R. Wolf et J. Dammons

Ce rapport résume les principaux résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDSR) réalisée au Rwanda en 1992 par l'Office National de la Population (ONAPO). L'EDSR, financée par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), a bénéficié de l'assistance technique de Macro International Inc.

L'EDSR fait partie du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys - DHS) dont l'objectif est de collecter, d'analyser et de diffuser des données démographiques portant en particulier sur la fécondité, la planification familiale et la santé de la mère et de l'enfant.

Des informations complémentaires sur l'EDSR peuvent être obtenues auprès de l'Office National de la Population, BP 914, Kigali, Rwanda (Téléphone (250) 7 47 93; 7 47 94; 7 42 67; Fax (250) 7 42 67). Concernant le programme DHS, des renseignements peuvent être obtenus auprès de Macro International Inc., 11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20705, USA (Téléphone 301-572-0200; Fax 301-572-0999).


MACRO INTERNATIONAL/J. Schoemaker

Cadre de l'enquête

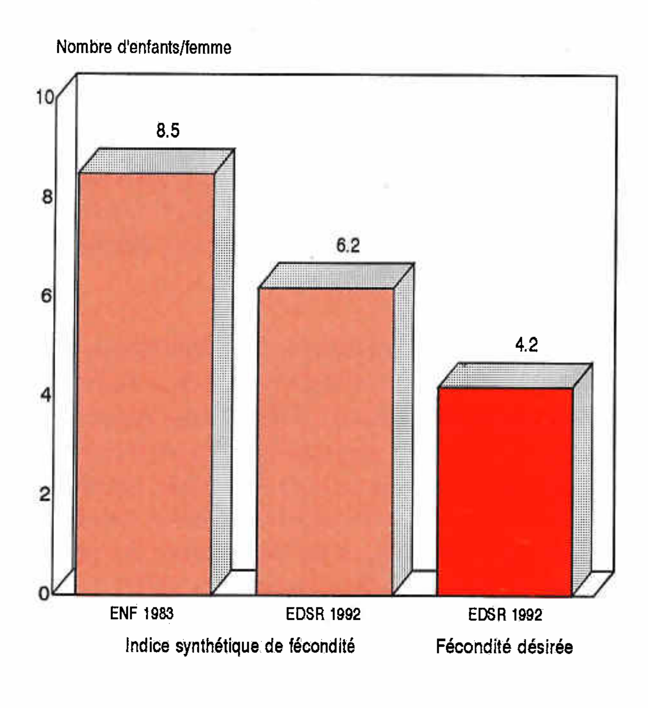
L'Enquête Démographique et de Santé du Rwanda (EDSR) est une enquête nationale par sondage au cours de laquelle 6 551 femmes de 15-49 ans ont été interrogées avec succès. En outre, une enquête a été menée auprès d'un sous-échantillon de maris des femmes interrogées : 598 maris ont ainsi été interviewés avec succès.

Les informations recueillies sont significatives au niveau national, au niveau du milieu de résidence urbain-rural et au niveau de 5 régions qui résultent du regroupement de préfectures : les préfectures de Kigali (rural) et de la ville de Kigali; les préfectures de Kibuye, Ruhengeri et Gisenyi; les préfectures de Cyangugu et de Gikongoro; les préfectures de Butare et de Gitarama; les préfectures de Byumba et de Kibungo.

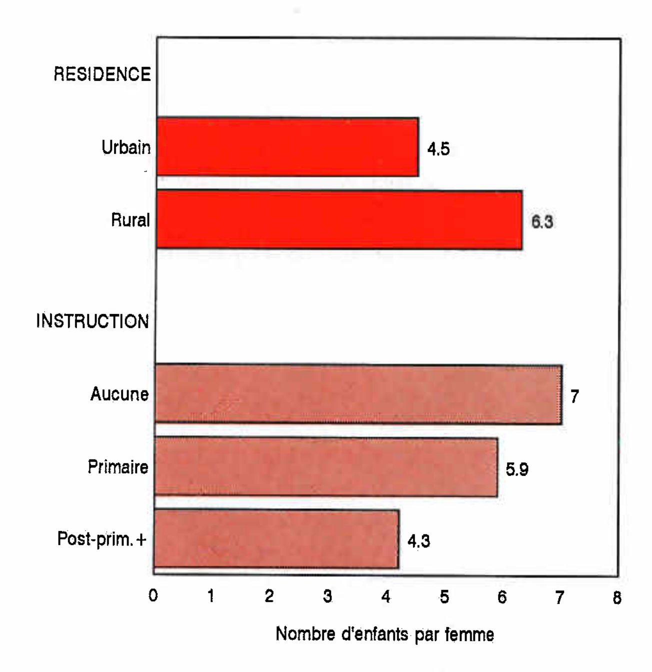
Les travaux de collecte des données sur le terrain se sont déroulés de juin à octobre 1992; ils ont été réalisés par l'ONAPO, avec l'assistance technique de Macro International Inc.

L'EDSR fournit des informations détaillées sur la fécondité, la planification familiale, la santé maternelle et infantile, l'état nutritionnel des enfants ainsi que sur la mortalité infanto-juvénile. En outre, les résultats de l'EDSR peuvent être comparés aux résultats de l'Enquête Nationale sur la Fécondité (ENF) réalisée en 1983 et à ceux du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1991.

Graphique 1
Fécondité passée, actuelle et désirée



Graphique 2
Indice synthétique de fécondité selon la résidence et le niveau d'instruction



Fécondité

Niveaux et tendances

- Avec les niveaux actuels de fécondité, les femmes rwandaises donneront naissance, en moyenne, à 6,2 enfants durant leur vie féconde. Par rapport à l'ENF de 1983, selon laquelle les femmes avaient, en moyenne, 8,5 enfants, la fécondité a connu une baisse de 27 pour cent en moins de 10 ans. Cette baisse résulte, en partie, d'un recul de l'âge auquel les femmes ont leur premier enfant : parmi les générations âgées de 25-29 ans à l'enquête, une femme sur deux seulement a donné naissance à son premier enfant avant l'âge de 22 ans.

Avec les niveaux actuels de fécondité, les femmes rwandaises donneront naissance en moyenne à 6,2 enfants durant leur vie féconde.

- Les niveaux de fécondité varient fortement en fonction de la résidence et du niveau d'instruction. Les femmes du milieu urbain (4,5 enfants) donnent naissance à près de deux enfants de moins que les femmes du milieu rural (6,3 enfants). Les femmes ayant dépassé le niveau d'instruction primaire (4,3 enfants) ont, en moyenne, près de trois enfants de moins que celles qui n'ont jamais fréquenté l'école (7,0 enfants).

En moyenne, les femmes sans instruction ont 7,0 enfants, contre 4,3 pour les femmes ayant un niveau d'instruction supérieur au primaire.

Fécondité des adolescentes

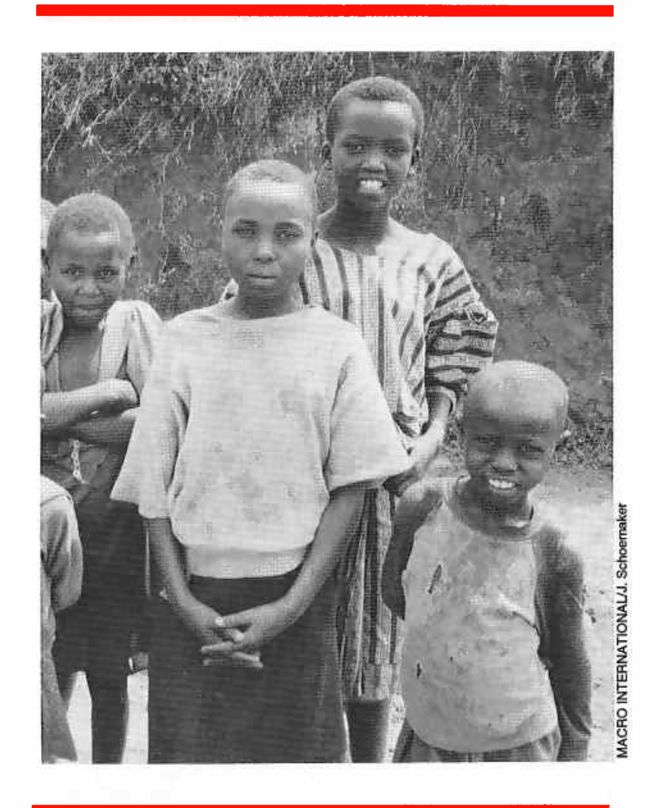
- Au moment de l'enquête, 10 pour cent des adolescentes (15-19 ans) avaient déjà eu un enfant ou étaient enceintes pour la première fois. Cette proportion varie fortement selon la région (7 pour cent à Butare/Gitarama contre 16 pour cent à Byumba/Kibungo), et selon le niveau d'instruction (3 pour cent chez les adolescentes ayant dépassé le niveau primaire, contre 22 pour cent chez celles sans instruction).

Pour une adolescente sans instruction sur cinq, la maternité commence avant l'âge de 20 ans.

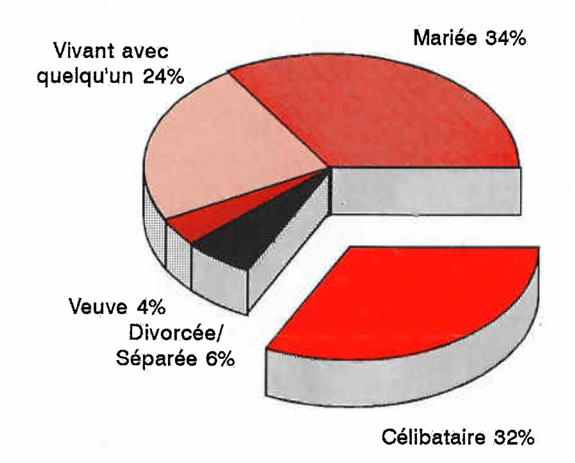
Nuptialité et exposition au risque de grossesse

- Le célibat concerne une part importante de la population enquêtée : une femme sur trois (32 pour cent) a déclaré n'avoir jamais été en union. L'entrée en union n'a lieu que tardivement : à 20-24 ans, 45 pour cent des femmes sont encore célibataires. L'âge auquel une femme sur deux est déjà en union est de plus en plus tardif : il est passé de 18,7 ans chez les femmes les plus âgées, à 20,9 ans chez celles de 25-29 ans. Par ailleurs, 14 pour cent des femmes mariées vivent en union polygame.

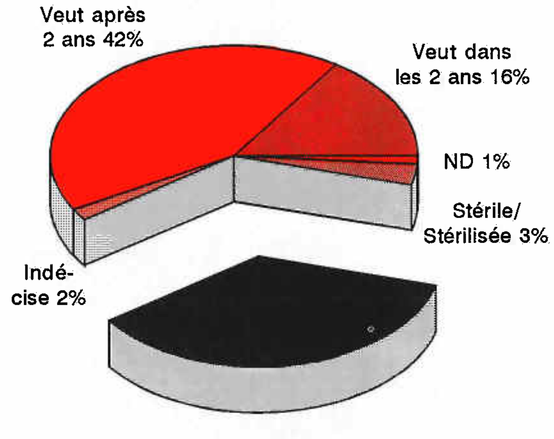
Ce n'est qu'à 20,9 ans qu'une femme de 25-29 ans sur deux est déjà en union.

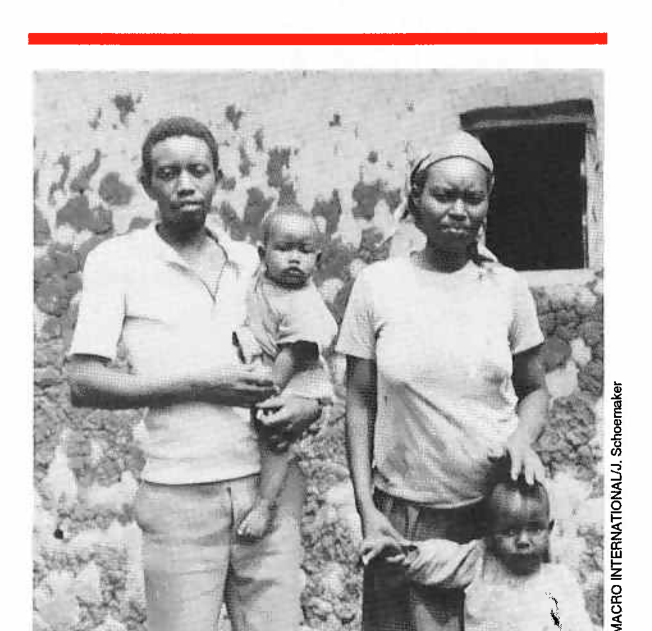


Graphique 3
Etat matrimonial des femmes



Graphique 4
Désir d'enfants supplémentaires
(Femmes de 15-49 ans en union)




MACRO INTERNATIONAL/J. Schoemaker

- Comme l'âge à la première union, l'âge aux premiers rapports sexuels est de plus en plus tardif. Dans les générations les plus anciennes, une femme sur deux avait eu ses premiers rapports sexuels à 18,4 ans; dans les générations les plus récentes (âgées de 25-29 ans à l'enquête) cet âge médian passe à 20,2 ans.

Préférences en matière de fécondité

- Un quart des naissances des cinq dernières années (26 pour cent) n'étaient pas souhaitées, et plus d'un tiers des femmes en union (36 pour cent) ne souhaitent pas d'enfant supplémentaire. Parmi les femmes ayant trois enfants, une sur quatre exprime déjà le désir de limiter sa descendance. De même, plus d'un mari sur trois (37 pour cent) a affirmé vouloir réduire la taille de sa famille.

Plus d'une femme sur trois souhaite limiter sa descendance.

- Si toutes les naissances non désirées étaient évitées, la fécondité totale des femmes serait de 4,2 enfants, soit 2 enfants de moins que la fécondité actuelle (6,2 enfants par femme). Ce niveau de fécondité désirée correspond au nombre idéal d'enfants des femmes rwandaises (4,2 enfants) et de leur mari (4,3 enfants).

Planification familiale

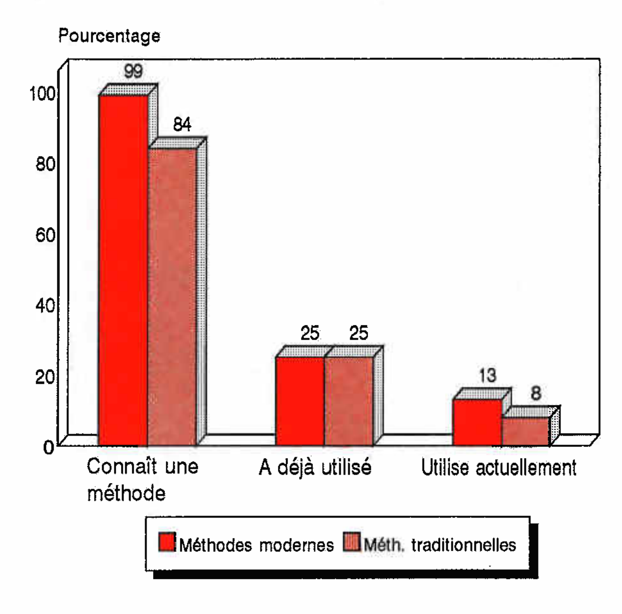
Connaissance de la contraception

- La connaissance de la contraception est quasi générale au Rwanda : 98 pour cent de l'ensemble des femmes ont déclaré connaître au moins une méthode contraceptive. Les méthodes modernes sont connues par 98 pour cent de l'ensemble des femmes alors que 73 pour cent d'entre elles connaissent une méthode traditionnelle. Au cours des dix dernières années, la connaissance de la contraception s'est très nettement améliorée puisque la proportion de femmes connaissant une méthode quelconque n'était que de 67 pour cent en 1983. Parmi les maris interviewés, on retrouve pratiquement le même niveau de connaissance : 98 pour cent ont déclaré connaître une méthode moderne et 94 pour cent une méthode traditionnelle.
- Parmi les femmes en union qui déclarent connaître une méthode, 92 pour cent savent où se la procurer.

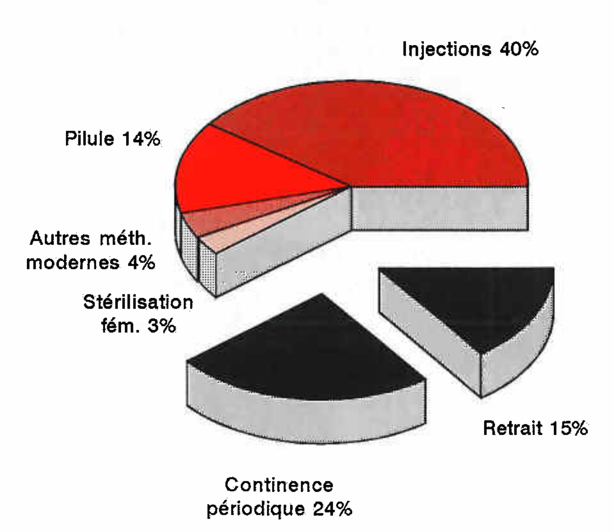
Utilisation de la contraception

- Environ 42 pour cent des femmes en union ont déclaré avoir utilisé au moins une méthode contraceptive à un moment quelconque de leur vie.
- Au moment de l'enquête, 21 pour cent des femmes en union utilisaient une méthode, soit moderne (13 pour cent), soit traditionnelle (8 pour cent). Les injections (8 pour cent) et la pilule (3 pour cent) sont les méthodes modernes les plus utilisées; parmi les méthodes traditionnelles, ce sont la continence périodique (5 pour cent) et le retrait (3 pour cent). Parmi les maris interrogés, la prévalence de la contraception moderne est identique à celle des femmes (13 pour cent). Le condom n'est pratiquement pas utilisé (moins de 1 pour cent).

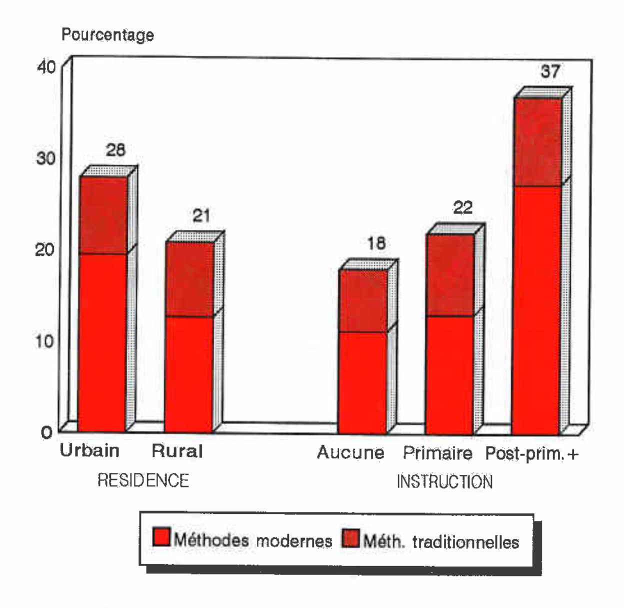
Graphique 5
Connaissance et utilisation de la contraception
(Femmes de 15-49 ans en union)

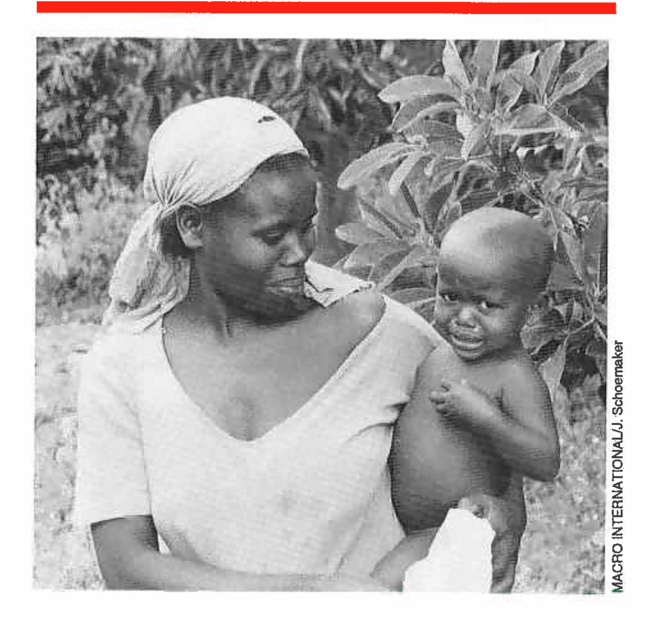


Graphique 6
Méthodes utilisées par les utilisatrices actuelles de la contraception
(Femmes de 15-49 ans en union)



Graphique 7
Prévalence de la contraception selon la résidence et le niveau d'instruction
(Femmes de 15-49 ans en union)





Plus d'une femme sur cinq utilisait la contraception au moment de l'enquête.

- L'utilisation des méthodes varie selon la résidence et le niveau d'instruction : 13 pour cent des femmes du milieu rural utilisent une méthode moderne, contre 20 pour cent des femmes du milieu urbain. De même, l'utilisation de la contraception moderne varie de 11 pour cent chez les femmes sans instruction à 28 pour cent chez celles ayant un niveau supérieur au primaire.

Attitude vis-à-vis de la planification familiale

- La presque totalité des femmes en union qui connaissent au moins une méthode contraceptive (93 pour cent) approuvent la planification familiale. En outre, 95 pour cent des femmes approuvent la diffusion d'informations à ce sujet dans les média. Cependant, plus des trois quarts des femmes (77 pour cent) n'avaient entendu aucun message au sujet de la planification familiale pendant le mois ayant précédé l'enquête.

Seulement 23 pour cent des femmes ont entendu des messages relatifs à la planification familiale pendant le mois ayant précédé l'enquête.

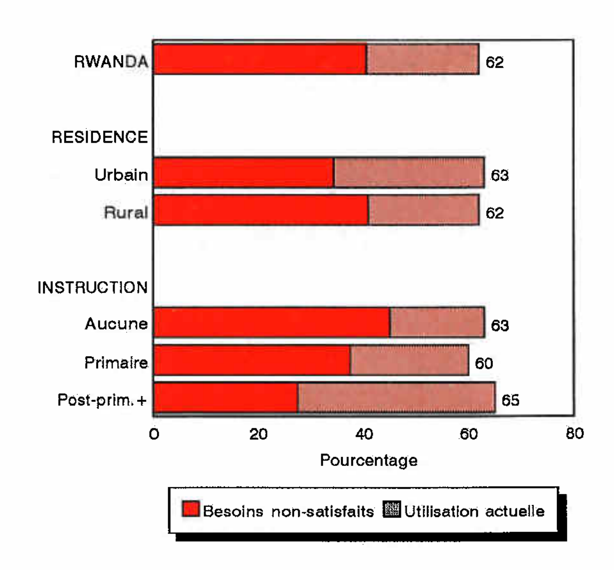
- Parmi les femmes en union et non-utilisatrices de la contraception au moment de l'enquête, 62 pour cent ont manifesté leur intention de l'utiliser dans l'avenir. Les futures utilisatrices préfèreraient utiliser les injections (41 pour cent), la pilule (22 pour cent) et la continence périodique (18 pour cent).

Parmi les femmes en union et non-utilisatrices de la contraception, 62 pour cent ont exprimé l'intention de l'utiliser dans l'avenir.

Besoins non-satisfaits en matière de planification familiale

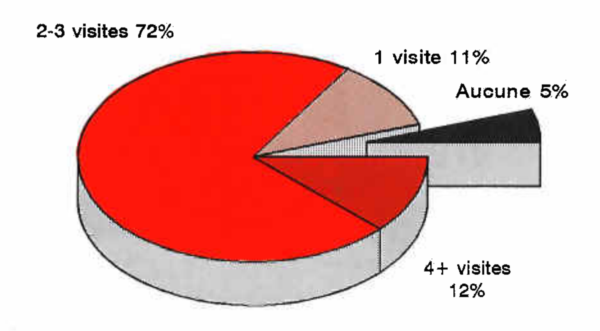
- Un quart des naissances des cinq dernières années n'étaient pas souhaitées, et le niveau de fécondité désirée est inférieur d'environ un tiers à la fécondité réelle. Ceci met en évidence l'importance des besoins en matière de planification familiale et permet de prévoir que la baisse importante de la fécondité amorcée ces dernières années se poursuivra certainement dans les années à venir.
- On estime que 40 pour cent des femmes ont des besoins non-satisfaits en matière de planification familiale, soit pour la limitation (19 pour cent), soit pour l'espacement des naissances (21 pour cent). La satisfaction de cette demande pourrait entraîner une augmentation importante de la prévalence contraceptive qui atteindrait 62 pour cent. Seulement un tiers de cette demande potentielle totale est satisfaite aujourd'hui.

Graphique 8
Besoins non-satisfaits en matière de planification familiale
(Femmes de 15-49 ans en union)

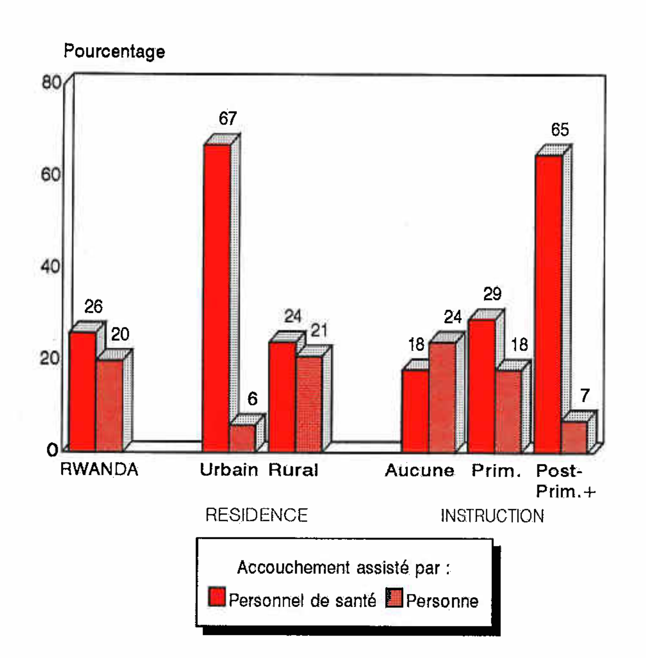



ONAPO/M. Ngendakumana

Graphique 9
Visites prénatales
(Naissances des cinq années précédant l'enquête)



Graphique 10
Assistance à l'accouchement selon la résidence et le niveau d'instruction
(Naissances des cinq années précédant l'enquête)



Santé de la mère et de l'enfant

Soins prénatals et assistance à l'accouchement

- Quelles que soient les caractéristiques de la mère, 92 à 99 pour cent des naissances des cinq années ayant précédé l'enquête ont donné lieu à des consultations prénatales. Cependant, le nombre médian de visites n'est que de 3, ce qui est en-deça des recommandations de l'OMS, à savoir 4 visites. Par ailleurs, 9 naissances sur 10 ont été protégées contre le tétanos néonatal par au moins une dose de vaccin reçue par la mère durant la grossesse.
- La majorité des naissances des cinq dernières années (73 pour cent) ont eu lieu à la maison; seulement 1 naissance sur 4 (26 pour cent) s'est déroulée avec l'assistance de professionnels de la santé et, dans 20 pour cent des cas, la femme a accouché sans aucune assistance.

Trois naissances sur quatre ont eu lieu à la maison et une naissance sur cinq s'est déroulée sans aucune assistance.

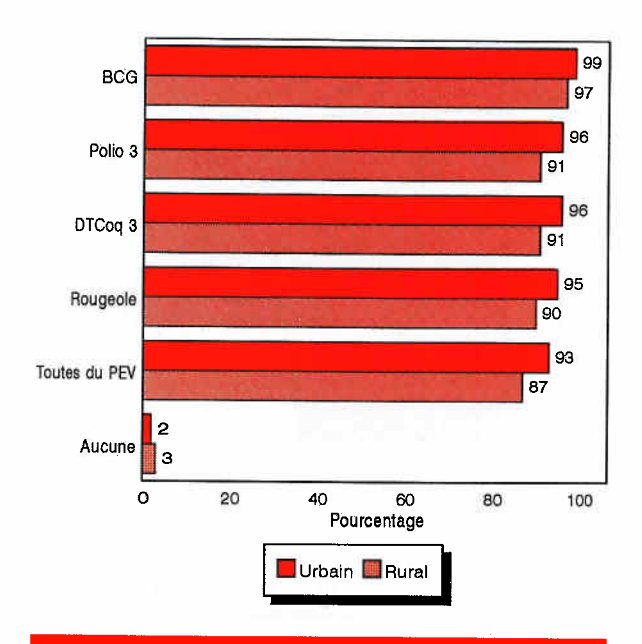
- En milieu urbain, 67 pour cent des naissances ont eu lieu en formation sanitaire, contre 23 pour cent en milieu rural. De même, 65 pour cent des naissances de femmes ayant une instruction supérieure au primaire se sont déroulées avec l'assistance de professionnels de la santé, contre seulement 18 pour cent des naissances de femmes sans instruction.

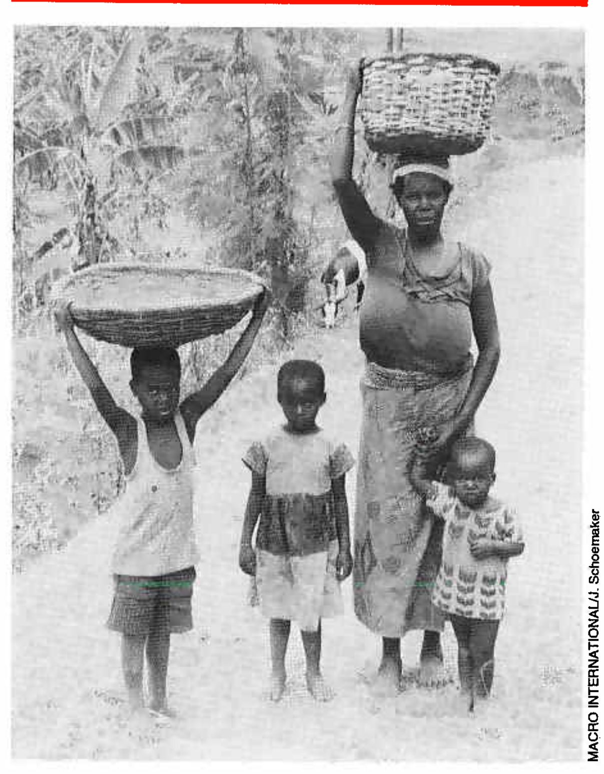
Vaccination

- Selon les carnets de vaccinations et les déclarations des mères, la grande majorité des enfants de 12-23 mois (87 pour cent) ont reçu toutes les vaccinations du Programme Elargi de Vaccination - PEV - (BCG, trois doses de vaccin contre la polio et le DTCoq, et la vaccination contre la rougeole). Dans 83 pour cent des cas, ces vaccinations ont été reçues avant l'âge de 12 mois.
- Quelles que soient les caractéristiques de la mère, la couverture vaccinale est très uniforme : la proportion d'enfants complètement vaccinés varie d'un minimum de 83 pour cent (préfectures de Byumba/Kibungo) à un maximum de 95 pour cent (enfants de mère ayant une instruction supérieure au primaire).

Parmi les enfants de 12-23 mois, huit sur dix ont reçu toutes les vaccinations du PEV conformément au calendrier vaccinal recommandé.

Graphique 11
Couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois selon la résidence et le niveau d'instruction de la mère

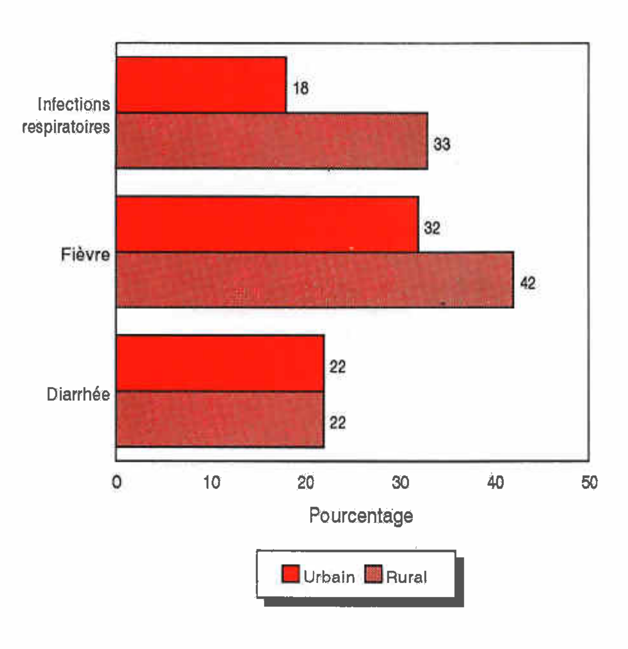




Maladie des enfants et traitements

- Parmi les enfants de moins de 5 ans, un sur trois (33 pour cent) a souffert de la toux et de respiration courte et rapide pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête. Parmi ces enfants, moins d'un tiers ont été conduits en consultation dans un établissement sanitaire au cours de la maladie. Les traitements les plus fréquemment administrés sont les remèdes traditionnels (30 pour cent) et les sirops contre la toux (17 pour cent).

Graphique 12
Infections respiratoires, fièvre et diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans selon la résidence de la mère




MACRO INTERNATIONAL/J. Schoemaker

- Une forte proportion d'enfants (42 pour cent) ont eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête : seulement un tiers d'entre eux ont été conduits en consultation au cours de la maladie et près de deux sur cinq n'ont reçu aucun traitement lorsqu'ils avaient de la fièvre.

Pendant les deux semaines précédant l'enquête, un tiers des enfants ont présenté les symptômes d'infections respiratoires aiguës, et deux enfants sur cinq ont eu de la fièvre.

- Un enfant sur cinq a eu un ou plusieurs épisodes diarrhéiques au cours des deux semaines précédant l'enquête et, dans un cas sur sept, la diarrhée était accompagnée de sang. Pendant les épisodes diarrhéiques, la moitié des enfants n'ont bénéficié d'aucun type de réhydratation, que ce soit sous forme de sels de réhydratation par voie orale (SRO), sous forme de solution d'eau, de sel et de sucre ou simplement par une quantité additionnelle de liquides. Pourtant la grande majorité des femmes connaissent la thérapie par réhydratation orale (TRO) et, plus particulièrement, les sachets de SRO (85 pour cent).

Pendant les deux semaines précédant l'enquête, un enfant sur cinq a souffert de diarrhée.

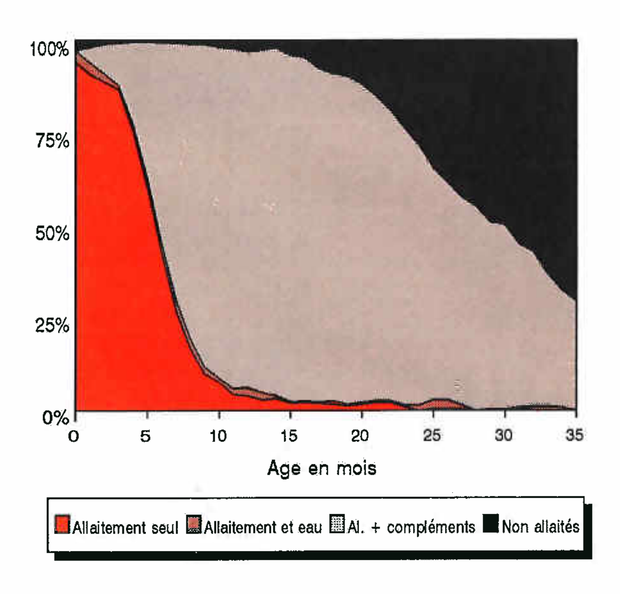
Allaitement

- L'allaitement est pratiquement universel : 97 pour cent des enfants nés au cours des cinq dernières années ont été allaités. De plus, et quelles que soient les caractéristiques de la mère, la très grande majorité des enfants sont allaités sur une longue période : un enfant sur deux est allaité pour une durée de près de 28 mois. Cependant, seule une faible proportion d'enfants (18 pour cent) sont mis au sein dans l'heure qui suit la naissance.

Un enfant sur deux est allaité pendant près de 28 mois.

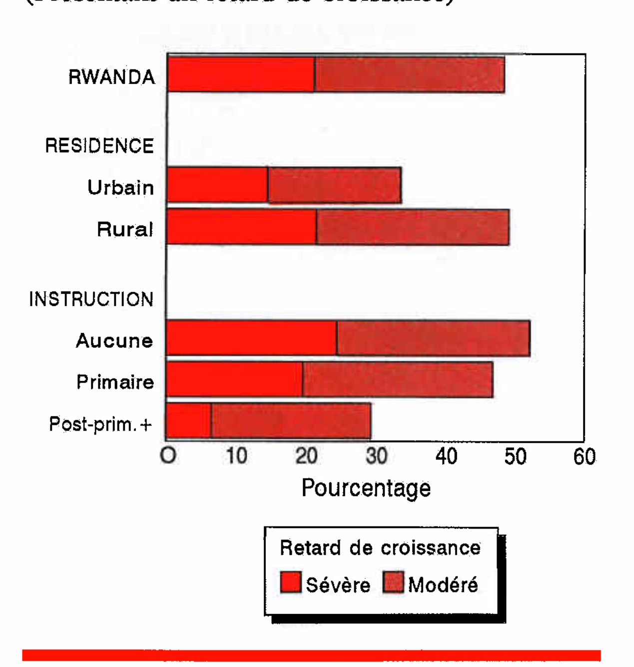
- Alors que, selon les recommandations de l'OMS, les enfants ne devraient recevoir rien d'autre que le sein jusqu'à 4-6 mois, près de 30 pour cent des enfants rwandais de 4-5 mois sont nourris avec des compléments nutritionnels.
- Alors que, selon les recommandations de l'OMS, à partir de 6 mois, des aliments solides devraient être introduits dans l'alimentation des enfants en complément du lait maternel, un tiers des enfants rwandais de 6-7 mois ne reçoivent pas de tels compléments.

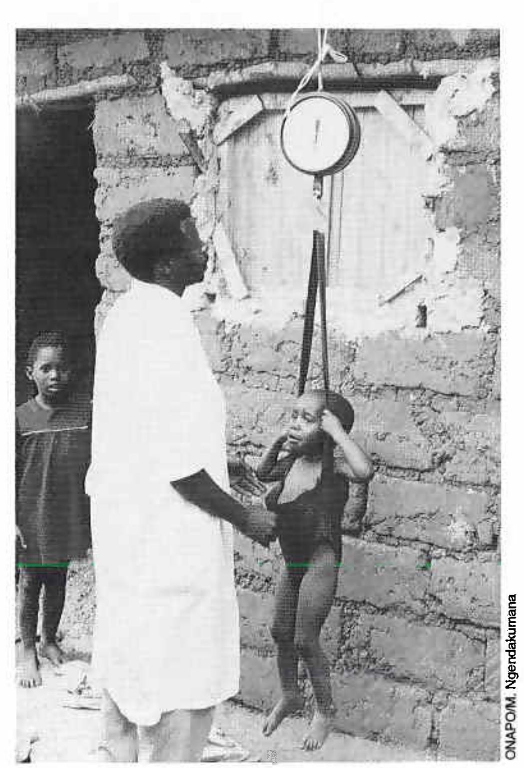
Graphique 13
Allaitement et alimentation de complément par âge





Graphique 14
Enfants de moins de 5 ans souffrant de sous-nutrition chronique
(Présentant un retard de croissance)





Etat nutritionnel

- Près de la moitié des enfants de moins de 5 ans (48 pour cent) souffrent de sous-nutrition chronique, dont deux sur cinq sous une forme sévère. Ce type de sous-nutrition qui se manifeste par un retard de croissance s'aggrave rapidement avec l'âge : 11 pour cent des enfants en sont atteints à moins de 6 mois et, à partir de 15 mois environ, c'est plus d'un enfant sur deux qui est touché.
- La prévalence de la sous-nutrition chronique est beaucoup plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (49 pour cent contre 33 pour cent), et parmi les enfants de femmes sans instruction (52 pour cent) que parmi ceux dont la mère a une instruction supérieure au primaire (29 pour cent).

Près d'un enfant sur deux accuse un retard de croissance.

- L'insuffisance pondérale qui se traduit par un poids insuffisant par rapport à l'âge concerne près d'un tiers des enfants de moins de 5 ans (29 pour cent) et, dans un cas sur cinq, il s'agit d'une insuffisance pondérale sévère.
- Quatre pour cent des enfants rwandais souffrent de sous-nutrition aiguë qui se manifeste par l'émaciation. Cette forme de sous-nutrition est particulièrement importante parmi les enfants de 12-23 mois (7 pour cent).

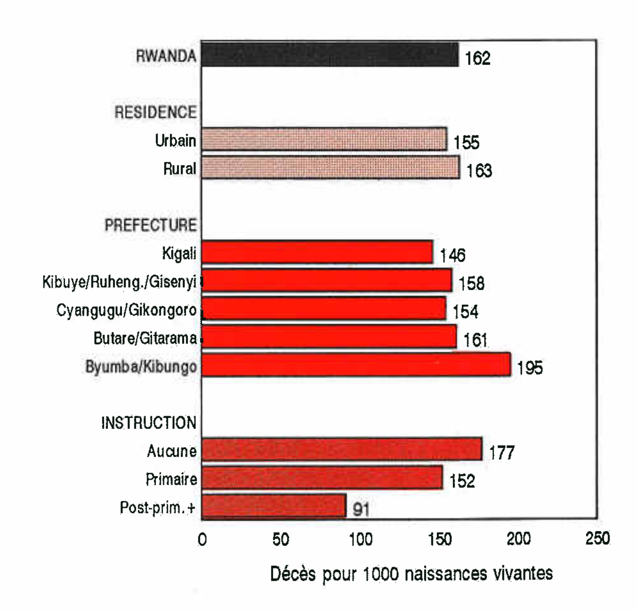
Mortalité infanto-juvénile

- La mortalité des enfants demeure toujours élevée au Rwanda. Durant les cinq années ayant précédé l'enquête, sur 1 000 enfants nés vivants, 85 sont décédés avant leur 1er anniversaire; sur 1 000 enfants survivants au 1er anniversaire, 72 sont décédés avant d'atteindre l'âge de cinq ans. La mortalité infanto-juvénile touche 150 enfants pour 1 000 naissances vivantes.

Sur 1 000 enfants vivants à la naissance, 150 décèdent avant leur 5e anniversaire.

- Au cours des 15 dernières années, la mortalité infantile, estimée à 110 pour 1 000 à la fin des années 1970, a baissé de 23 pour cent, et la mortalité juvénile, estimée à 129 pour 1 000 à la même époque, a diminué de 44 pour cent.
- Les enfants du milieu rural sont légèrement plus touchés par la mortalité : sur 1 000 enfants à la naissance, 163 n'atteignent pas le 5è anniversaire en milieu rural, contre 155 en milieu urbain. Les enfants dont la mère n'a pas d'instruction courent un risque près de 2 fois plus élevé de décéder avant l'âge de 5 ans que ceux dont la mère a un niveau d'instruction supérieur au primaire.
- Les enfants nés de mère très jeune (moins de 20 ans) sont plus exposés à la mortalité que les autres : durant la première année, leur mortalité (121 pour mille) est d'un tiers supérieure à celle des enfants nés de mère de 20-29 ans. Les intervalles intergénésiques très courts sont également associés à une mortalité infantile (159 pour 1 000) près de trois fois plus élevée que celle associée aux intervalles intergénésiques de quatre ans ou plus (57 pour mille).

Graphique 15
Mortalité des enfants de moins de 5 ans selon la résidence et le niveau d'instruction de la mère (Période de 10 ans précédant l'enquête)





ONAPO/M. Ngendakumana

Conclusions et recommandations

Les résultats de l'EDSR ont révélé que la fécondité a fortement baissé bien qu'elle se maintienne à des niveaux élevés. Le recul de l'âge au mariage et partant, de l'âge à la première naissance, et la prévalence contraceptive en hausse, en particulier pour espacer les naissances, sont autant de facteurs qui y ont contribué. Cette baisse de la fécondité se manifeste plus particulièrement chez les femmes instruites et celles du milieu urbain et, vu le désir exprimé par les parents de limiter la taille de leur famille, cette tendance devrait se poursuivre dans les années à venir.

Si, en matière de santé maternelle et infantile, les résultats sont encourageants quant aux soins prénatals et aux vaccinations antitétaniques, le nombre toujours élevé d'accouchements non-assistés par des professionnels de la santé constitue un risque certain pour la santé de la mère et l'enfant. L'enquête a, par ailleurs, mis en évidence un bilan largement positif du Programme Elargi de Vaccination (PEV). Néanmoins, ces succès sont compromis par la prévalence toujours élevée des maladies de l'enfance telles que la diarrhée, la fièvre et les infections respiratoires qui, dans la plupart des cas, sont peu ou pas traitées. La santé des enfants de moins de cinq ans reste aussi fragilisée par une sous-nutrition chronique qui frappe près de la moitié d'entre eux. La prévalence des maladies infantiles, conjuguée au manque de traitement approprié, et l'état nutritionnel déficitaire contribuent au maintien d'une mortalité élevée parmi les enfants rwandais, même si cette mortalité a sensiblement diminué dans les dernières années.

Face à cette situation, différentes stratégies devraient être mises en place.

- Concernant la fécondité, le défi du programme rwandais de planification familiale sera de soutenir la baisse amorcée et d'amener la fécondité au niveau désiré par les couples. Un effort particulier doit être fourni pour réduire l'écart important qui existe entre les besoins en matière de contraception et sa pratique, afin d'éviter le nombre important de naissances non désirées. Cela nécessite un programme qui, en plus de la sensibilisation, mette l'accent sur l'amélioration de la qualité des services et de leur accessibilité.
- Il convient que la population et, en particulier les mères, soient informées et sensibilisées sur les avantages des accouchements assistés par des professionnels de la santé. Dans le souci d'améliorer les conditions d'accouchement, un réseau d'accoucheuses traditionnelles formées devrait être créé, de façon à avoir, dans chaque cellule, une sage-femme au service des femmes éloignées des formations sanitaires.
- La sensibilisation des parents à l'amélioration de l'hygiène et au traitement des maladies infantiles, en particulier l'utilisation des TRO, devra être poursuivie.

- Sur le plan nutritionnel, la lutte contre la sous-nutrition des enfants devrait passer par le changement des comportements et habitudes alimentaires des Rwandais qui sont, en partie, responsables de cette situation. Il convient de renforcer le programme national d'éducation nutritionnelle et de redynamiser les centres nutritionnels qui, pour être performants, devraient être relayés, à la base, par des équipes villageoises.

La mise en oeuvre de toutes ces actions relève d'un effort multisectoriel intégré. En effet, les différences *rural-urbain* et *instruits-non instruits...*, attestent que la promotion de la SMI/PF est tributaire du développement socio-économique et culturel de la population. En outre, comme la femme constitue l'élément central de cette dynamique, il convient d'insister sur sa promotion sur le plan économique et éducationnel.



MACRO INTERNATIONAL/J. Schoemaker

Principaux indicateurs

Données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat 1991

Population totale (en millions) 7,2
Population urbaine (%) 5,5
Accroissement annuel moyen (%) 3,2
Doublement de population (années) 22
Taux brut de natalité (pour mille) 45,9
Taux brut de mortalité (pour mille) 14,1

Enquête Démographique et Santé au Rwanda, 1992

Taille de l'échantillon

Femmes de 15-49 ans enquêtées avec succès 6 551
Maris enquêtés avec succès 598

Caractéristiques socio-démographiques des femmes interviewées (en %)

Milieu urbain 6,2
Sans instruction 38,0
Instruction niveau primaire 54,1
Instruction niveau post-primaire ou plus 7,9

Nuptialité et autres déterminants de la fécondité

Pourcentage de femmes de 15-49 ans actuellement mariées 57,8
Pourcentage de femmes de 15-49 ans mariées ou l'ayant été 67,9
Age médian (en années) au premier mariage (femmes de 20-49 ans) 20,0
Age médian (en années) à la première naissance (femmes de 20-49 ans) 21,5
Durée médiane de l'allaitement (en mois)[1] 27,9
Durée médiane d'aménorrhée post-partum (en mois)[1] 16,6
Durée médiane d'abstinence post-partum (en mois)[1] 0,6

Fécondité

Indice synthétique de fécondité[2] 6,2
Nombre moyen d'enfants nés vivants chez les femmes de 40-49 ans 7,7

Préférences en matière de fécondité

Pourcentage de femmes actuellement mariées qui :
- ne veulent plus d'enfants 36,0
- veulent retarder d'au moins deux ans leur prochaine naissance 42,4

Nombre idéal d'enfants (femmes de 15-49 ans)[3] 4,2
Pourcentage de naissances des cinq années précédant l'enquête qui :
- n'étaient pas désirées 25,5
- sont survenues trop tôt 24,1

Connaissance et utilisation de la planification familiale

Pourcentage de femmes actuellement mariées qui :
- connaissent au moins une méthode 99,0
- connaissent une méthode moderne 98,8
- connaissent une méthode moderne et une source d'approvisionnement 91,0
- ont déjà utilisé une méthode 42,4
- utilisent actuellement une méthode 21,2
- utilisent actuellement une méthode moderne 12,9

Pourcentage de femmes actuellement en union qui utilisent :
- la pilule 3,0
- le DIU ou stérilet 0,2
- les injections 8,4
- le Norplant 0,3
- le condom 0,2
- la stérilisation féminine 0,7
- la continence périodique 5,1
- le retrait 3,1

Mortalité

Quotient de mortalité infantile (/1000)[4] 84,8
Quotient de mortalité infanto-juvénile (enfants de moins de cinq ans) (/1000)[4] 150,3

Santé de la mère et de l'enfant

Pourcentage de naissances[5] dont les mères ont :
- reçu des soins prénatals auprès d'un professionnel de la santé 94,4
- ont reçu au moins une dose de vaccin antitétanique 89,3

Pourcentage de naissances[5] dont les mères ont été assistées à l'accouchement par :
- un professionnel de la santé 25,8
- une accoucheuse traditionnelle 13,4
- un parent ou autre relation 39,7
- sans aucune assistance 20,4

Pourcentage d'enfants encore allaités au moment de l'enquête et âgés de :
- 0-1 mois 98,6
- 4-5 mois 100,0
- 10-11 mois 98,4

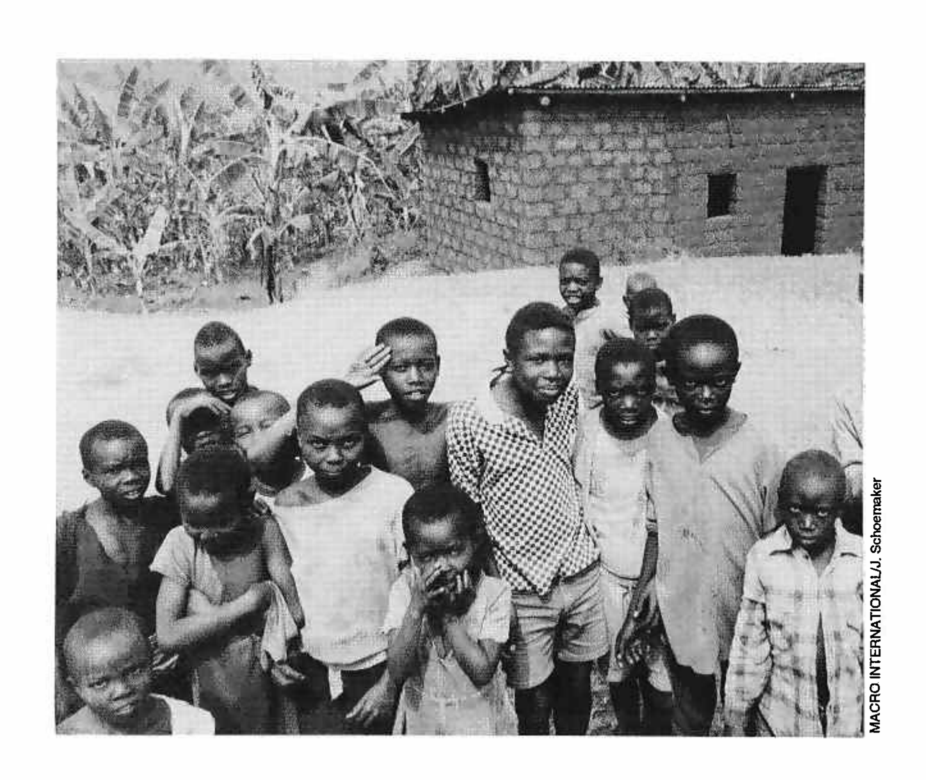
Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant un carnet de vaccination 87,8
Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant été vaccinés contre[6] :
- le BCG 96,9
- le DTCoq (trois doses) 91,2
- la polio (trois doses) 91,2
- la rougeole 90,6
- toutes les vaccinations du PEV[7] 87,2
- aucune vaccination 2,9

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui, au cours des deux semaines précédant l'enquête, ont eu :
- la diarrhée 21,8
- la toux et une respiration courte et rapide 32,6
- la fièvre 41,6

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui :
- présentent un retard de croissance[8] 48,3
- souffrent d'insuffisance pondérale[8] 29,2

---

1 Estimée sur la base des naissances survenues au cours des 36 mois précédant l'enquête.
2 Calculé à partir des naissances des femmes de 15-49 ans au cours des trois années précédant l'enquête.
3 A l'exclusion des femmes de 15-49 ans ne s'étant pas prononcées sur un nombre précis (1,8%).
4 Quotients relatifs aux cinq années précédant l'enquête (1987-1992).
5 Naissances survenues dans les 1-59 mois précédant l'enquête.
6 D'après les carnets de vaccination et les déclarations des mères.
7 Programme Elargi de Vaccination.
8 *Retard de croissance :* pourcentage d'enfants dont le score d'écart type pour la taille-pour-âge est inférieur à -2 ET, basé sur la Population de Référence NCHS/CDC/OMS; *Insuffisance pondérale :* pourcentage d'enfants dont le score d'écart type pour le poids-pour-âge est inférieur à -2 ET, basé sur la Population de Référence NCHS/CDC/OMS.



MACRO INTERNATIONAL/J. Schoemaker